UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA

# Psicologia della Disabilità e dell'Integrazione

## Lezione 10

Alessandro Pepe, Ph.D.
Corso di Laurea in Scienze dell'educazione
Università Milano-Bicocca
Anno Accademico 2019 - 2020

1

## A.D.H.D.

## D.D.A.I.

- Disturbo evolutivo dell'autocontrollo di origine neurobiologica che interferisce con il normale sviluppo psicologico e ne ostacola lo svolgimento delle comuni attività quotidiane (Cornoldi, 2013)
- Attention Deficit Hyperactivity Disorder
- Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività

**Norme emanate dal MIUR per i soggetti con ADHD**

- C.M. Prot. n. 6013 del 04/12/2009: *Problematiche collegate alla presenza nelle classi di alunni affetti da sindrome ADHD.*
- Nota 17/11/2010: sintomatologia dell'ADHD in età prescolare. Continuità tra scuola dell'infanzia e scuola primaria (osservazione sistematica utilizzando eventualmente una check list)
- C.M. Prot. n. 4089 del 15/6/2010: ADHD : Protocollo operativo per la scuola
- C.M. Prot. n. 1395 del 20/03/2012 (PDP per alunni con diagnosi di ADHD)
- C.M. Prot. n. 2213 del 19/04/2012 (PEI per alunni con certificazione di ADHD- L.104/92)
- D.M. del 27/12/2012 (estende le misure previste dalla Legge 170 per alunni e studenti con diagnosi di ADHD)

2

# Prima idea di ADHD

"un **deficit nel controllo morale**... ed una eccessiva vivacità e distruttività".

(Lancet; Still, 1902)

Altri autori ipotizzarono che la spiegazione più plausibile fosse da ricercare in una non ben precisata **Disfunzione Cerebrale Minima** causata da intossicazione da piombo (Byers & Lord, 1943), da traumi perinatali (Shirley, 1939) o da infezioni cerebrali (Meyers & Byers, 1952).

1968 → DSM II **"Reazione Ipercinetica del Bambino"**

3

# Evoluzione

Nella terza formulazione del **DSM (anni 80)**, il termine diagnostico utilizzato diventa **"Disturbo da Deficit dell'Attenzione"**.

La trasformazione, da Sindrome Ipercinetica a Disturbo da Deficit dell'Attenzione (DDA), sottolinea il passaggio da una idea legata alla sfera motoria ad una idea legata alla sfera cognitiva.

Studi di Virginia Douglas (1972, 1979) la quale sottolineava la **centralità dei deficit cognitivi** rispetto a quelli motori

4

## Consolidamento

- Nel DSM-III (APA, 1980) sono specificati due classi di ADHD: con o senza Iperattività.
- I sintomi identificati sono 16, suddivisi in tre classi: iperattività (5), disattenzione (5), impulsività (6).
- Secondo tali criteri, il bambino, per essere diagnosticato doveva presentare almeno tre sintomi di disattenzione e tre di impulsività, inoltre si prevede l'inserimento di altri due sintomi di iperattività.

5

## Se cambiano i criteri diagnostici

Il gruppo con disturbo ADHD con DSM-III-R (1987), aumentò di circa il 26% rispetto a quelli diagnosticati seguendo il DSM-III (1980).

Soprattutto tra i bambini, mentre le bambine con ADHD diminuiscono in quanto presentano maggiori problematiche attentive rispetto a quelle comportamentali (Lahey & Carlson, 1991).

Oggi, 6.4 milioni diagnosticati in USA, 3.5 milioni trattati in modo farmacologico

6

# Il processo di diagnosi

La diagnosi di ADHD afferisce all'ambito clinico ed è di competenza di un centro specialistico di neuropsichiatria infantile.

Si basa su:

Colloquio e raccolta di informazioni multiple (genitori, insegnanti, educatori)

Osservazione naturalistica

Somministrazione di test e questionari.

7

# Criteri diagnostici

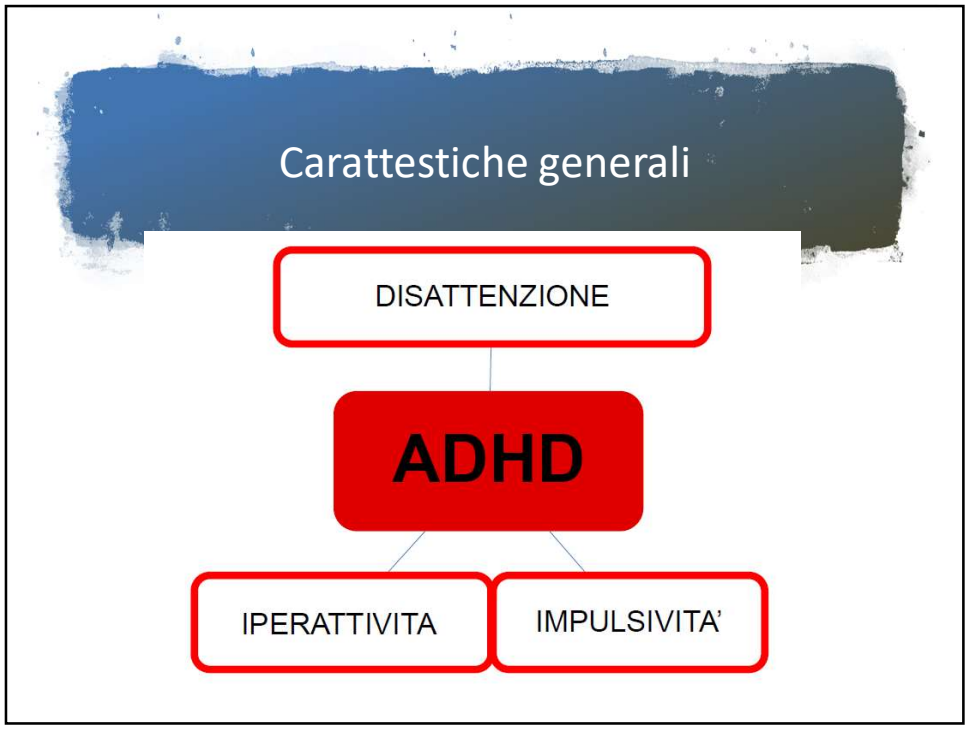
- Nel DSM-V (APA, 2013), il **Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività** è diagnosticabile se:

1. un bambino deve presentare almeno 6 sintomi per un minimo di sei mesi e in almeno due contesti;
2. è necessario che tali manifestazioni siano presenti prima dei 7 anni di età
3. Ne compromettano il rendimento scolastico e/o sociale.

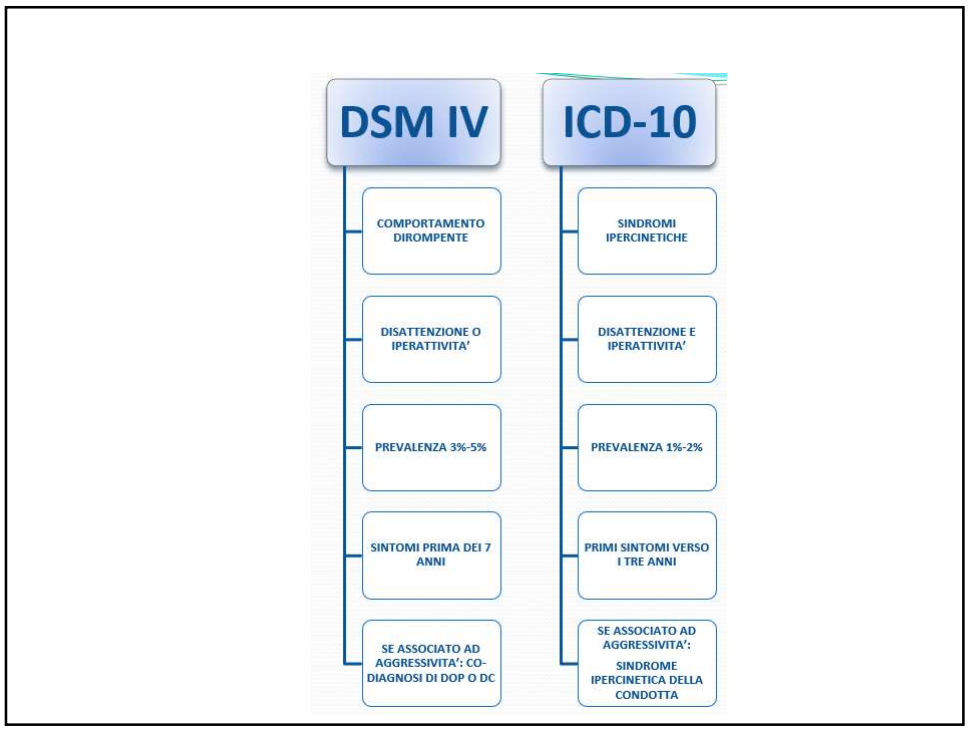
Se un soggetto presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di disattenzione, viene posta diagnosi di **ADHD – sottotipo disattento**; se presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di iperattività-impulsività, allora viene posta diagnosi di **ADHD – sottotipo iperattivo-impulsivo**; infine se il soggetto presenta entrambe le problematiche, allora si pone diagnosi di **DDAIDHD – sottotipo combinato**.

I 18 sintomi presentati nel DSM-IV sono gli stessi contenuti nell'ICD-10 (OMS, 1992), l'unica differenza si ritrova nell'item (f) della categoria iperattività-impulsività (Parla eccessivamente) che, secondo l'OMS, è una manifestazione di impulsività e non di iperattività.

8


Carattestiche generali
DISATTENZIONE
ADHD
IPERATTIVITA
IMPULSIVITA'

9


DSM IV
COMPORTAMENTO DIROMPENTE
DISATTENZIONE O IPERATTIVITA'
PREVALENZA 3%-5%
SINTOMI PRIMA DEI 7 ANNI
SE ASSOCIATO AD AGGRESSIVITA': CO-DIAGNOSI DI DOP O DC
ICD-10
SINDROMI IPERCINETICHE
DISATTENZIONE E IPERATTIVITA'
PREVALENZA 1%-2%
PRIMI SINTOMI VERSO I TRE ANNI
SE ASSOCIATO AD AGGRESSIVITA':
SINDROME IPERCINETICA DELLA CONDOTTA

10

# Disattezione (DSM V, 2013)

1. Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nel lavoro scolastico, al lavoro o in altre attività.
2. Spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione nei compiti o in attività di gioco.
3. Spesso non sembra ascoltare quando gli/le si parla direttamente.
4. spesso non segue le istruzioni e non riesce a portare a termine i compiti scolastici, attività o impegni sul luogo di lavoro.
5. Spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti o nelle attività.
6. Spesso evita, o è riluttante, ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale prolungato.
7. Spesso perde le cose necessarie per compiti o attività.
8. Spesso è facilmente distratto da stimoli esterni.
9. Spesso è sbadato nelle attività quotidiane.

11

# Cos'è l'attenzione

In psicologia il concetto di attenzione è studiato fin dagli albori:

- Capacità di selezionare l'informazione. Relativa alla selezione dell'informazione (Attenzione Selettiva);
- La capacità di analizzare e memorizzare l'informazione selezionata (Attenzione Focalizzata);
- La capacità di mantenere le risorse attentive su un compito per un periodo prolungato di tempo (Attenzione Mantenuta);
- La capacità di passare da un compito all'altro (Spostamento dell'Attenzione);
- La capacità di svolgere due compiti separatamente (Attenzione Divisa).

12

# Altre caratteristiche

- In generale si rintracciano difficoltà nel mantenere l'attenzione e lavorare sullo stesso compito per un periodo di tempo abbastanza prolungato.

Il deficit di attenzione dovrebbe essere presente tanto nelle situazioni scolastiche tanto nelle situazioni sociali

- L'attenzione è un concetto multidimensionale (selettiva, mantenuta, focalizzata, divisa), ma gli ultimi studi evidenziano come il deficit maggiore in ADHD è il mantenimento dell'attenzione durante attività ripetitive e noiose (Davidson, 2008).

- In ambito scolastico le difficoltà si riscontrano anche nel:
  **prestare attenzione ai dettagli**: i lavori non completi e poco curati.
  **non ascoltano** e sembra che abbiano la «testa da un'altra parte»
  **disordinati e facilmente distraibili** da suoni non rilevanti.

- Però→ le problematiche attentive diventino evidenti in particolare quando il compito da svolgere non risulta attraente e motivante per il bambino.
- (Millich & Lorch, 1994)

13

a1

# Iperattività (DSM V, 2013)

Definita come un **eccessivo livello di attività motoria o vocale**

1. Spesso muove con irrequietezza mani o piedi e si dimena sulla sedia.
2. Spesso lascia il proprio posto in situazioni in cui è previsto restare seduti (in aula, al lavoro o in altre situazioni).
3. Spesso scorrazza e salta ovunque in situazioni in cui è inadeguato.
4. Spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi ad attività di svago in modo tranquillo.
5. Spesso si muove come fosse guidato da un motorino.
6. Spesso parla eccessivamente.
7. Spesso spara la risposta prima che le domande siano completate.
8. Spesso ha difficoltà ad aspettare il proprio turno.
9. Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (ad es. in conversazioni o giochi).

14

## Diapositiva 14

**a1** alessandro.pepe1@unimib.it; 19/11/2019

# Altre caratteristiche

- L'iperattività è considerata una caratteristica comportamentale lungo cui gli esseri umani (adulti, bambini) si collocano, tra il polo calmo-ben organizzato e il polo irrequieto-inattento. (Davidson, 2008)

15

# Impulsività (DSM V, 2013)

Secondo alcuni autori l'**impulsività** è la caratteristica distintiva del disturbo ADHD, rispetto a bambini con sviluppo tipico e rispetto a bambini affetti da altri disturbi della sfera psicologica (Barkley, 1997).

L'impulsività si manifesta nella **difficoltà:**

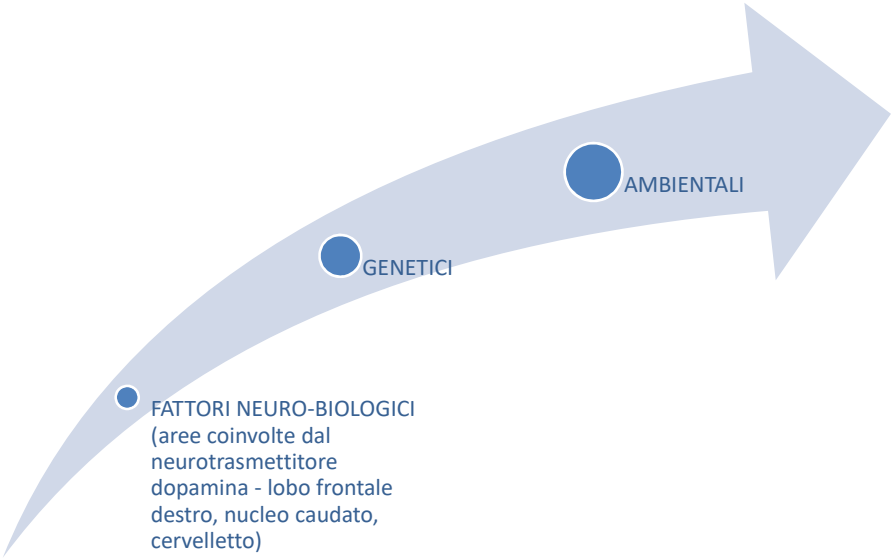
- **A dilazionare una risposta**
- **Ad inibire un comportamento inappropriato**
- **Ad attendere/posticipare una gratificazione**
- **Ad aspettare il proprio turno**
- **Ad attendere prima di parlare**
- **A restare tranquilli nei tempi d'attesa**
- **A rispettare i ruoli assegnati**

16

Cornoldi et al. (2001)

17

## Interpretazione delle possibile «cause» del disturbo




18

## STUDI SULLA GENETICA DEL DDAI

- Presenza di familiarità ADHD fino al 50% (Barkley, 2001);
- Joseph (2009), ipotizza che la componente genetica sia responsabile dell'80% del disturbo ADHD.
- Il restante 20% può essere ricondotto a problematiche relative a questioni pre-natali (alcol e fumo in gravidanza, complicazioni ) e peri-natali (basso peso alla nascita, prematurità)

19

## FATTORI DI RISCHIO (AMBIENTALI)

- Condizioni socio-economiche svantaggiate
- Situazione psicologica familiare difficile
- Rapporto genitori-figlio DDAI: genitori più direttivi e critici verso i comportamento del bambino (Barkley)
- Scarse risorse cognitive generali

20

## ADHD in bambini con meno di 36 mesi:

- Alto grado di comportamenti iperattività
- Reazioni aggressive e gestione della rabbia
- Litigiosità, assenza di paura, sensation seeking
- Difficoltà legate al sonno

21

## ADHD 3-12 anni

- Presenza delle dimensioni più legate alla sfera cognitiva (disattenzione, impulsività)
- Scarso rendimento scolastico
- Generale atteggiamento oppositivo e provocatorio
- Riduzione della componente iperattiva
- Evitamento di compiti prolungati

22

# ADHD IN ADOLESCENZA

POSSIBILE EVOLUZIONE:

- 35%: superamento dei sintomi, prestazioni scolastiche talvolta inferiori ai controlli;
- 45%: permanenza della sindrome, frequente attenuazione della componente iperattiva, crescente compromissione emotiva (depressivo-ansiosa) e sociale;
- 20%: permanenza della sindrome, disturbi comportamentali di adattamento sociale;

23

## Osservazione del comportamento

- In termini di osservazione, la comprensione passa attraverso il riconoscimento delle difficoltà di un soggetto con ADHD in relazione al contesto → legato alla sintomatologia → analisi funzionale del comportamento
  - Distinguere tra i contesti (casa, scuola, altrove)
  - Utilizzare arco temporale specifico
  - Raccogliere informazioni specifiche: frequenza, durata e intensità
  - Raccogliere eventuali trigger
  - Registrare le risposte a situazioni specifiche

24

## Checklist e scale ad uso clinico:

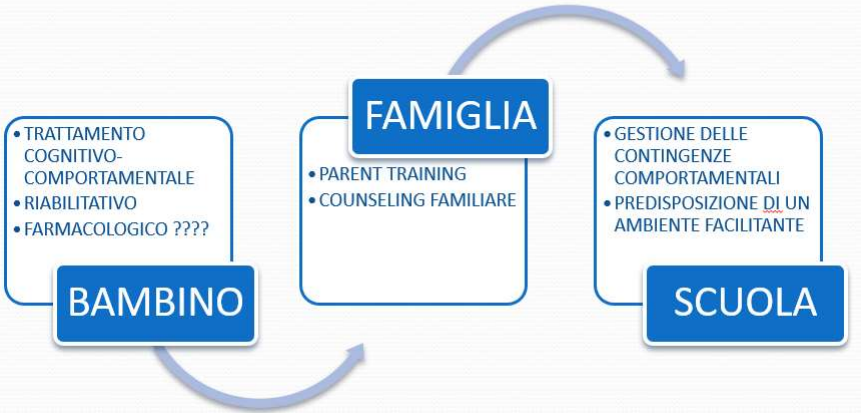
- **SDA (B-I-G)** *Scale per l'individuazione di comportamenti di Disattenzione e Iperattività in età scolare per Insegnanti – Genitori – Bambini*, elaborate da Cornoldi, Gardinale, Masi e Pettenò (1996), standardizzate da Marzocchi e Cornoldi (2000)
- **SCOD (I-G)** *Scale per i Comportamenti Dirompenti*, per insegnanti SCOD-I e genitori SCOD-G, di Marzocchi e colleghi (2001; 2003)
- **CTRS Conners Teacher Rating Scale** Strumento rivolto agli insegnanti con item mirati a rappresentare i comportamenti "internalizzati" ed "esternalizzati" di soggetti con ADHD. Punteggio cut off Disattenzione ≥3 Punteggio cut off Iperattività ≥12
- **BIA,** *Batteria Italiana per l'ADHD*, di Marzocchi, Re e Cornoldi (2010), che raccoglie questionari, scale e test utili per la comprensione di specifiche problematicità di bambini con disturbo dell'attenzione e iperattività

25

## L'INTERVENTO CON IL BAMBINO DDAI

La letteratura scientifica concorda su un

**APPROCCIO MULTIMODALE:**




Girardi (2012)

26

# A-B-C comportamentale

| ANTECEDENTE | COMPORTAMENTO | CONSEGUENZE |
|---|---|---|
| Stimolo antecedente (Imparare a rispondere adeguatamente è un'abilità di adattamento.) | Ciò che il soggetto FA | Azioni in uscita e risposte ambientali |
| Es. regole, aspettative, comunicazioni, pensieri | Le azioni desiderabili come gli atti disfunzionali | Rinfozi positivi (r. tangibili, r. sociali, r. simbolici. r. dinamici)<br>Rinforzi negativi (elimina qualcosa di sgradevole)<br>Punizioni (introducono qualcosa di sgradevole) |

27

# L'intervento psico-educativo comportamentale

- <u>Intervento su antecedenti</u>
- Intervento su conseguenze
- Strategie educative

28

## Antecedenti

- Setting
- Regole
  - Norme che regolano l'interazione
- Routine
  - Tempo psicologico vs tempo cronologico
- Materiali

29

## Le regole a scuola

- Regole formulate in affermazioni positive e non come divieti
- Semplici, sintetiche e chiare
- Non vaghe ma con indicazioni operative di azioni
- Poche (max 8-10, ma in funzione dell'età e del target)
- Espresse con codici multidimodali (parole, colori, immagini…)
- Redatte con un format creativo e in forma cooperativa (controfirmate)
- Rese visibili nella modalità più idonea …

**Con tutti ma in particolare con ADHD**

30

# L'intervento psico-educativo comportamentale

- Intervento su antecedenti
- Intervento su conseguenze
  - negative
  - positive
- Strategie educative

31

## Interventi su conseguenze negative

RIMPROVERO

PUNIZIONE

IL RINFORZO

CON COSA E COME RINFORZARE

- Rinforzi materiali
- Rinforzi simbolici
- Rinforzi dinamici
- Rinforzi sociali verbali
- Rinforzi sociali non-verbali

- Significatività per l'efficacia
- Immediatezza
- Frequenza e gradualità

32

# L'intervento psico-educativo comportamentale

- Intervento su antecedenti
- Intervento su conseguenze
  - negative
  - positive
- <u>Strategie educative</u>

33

# Intervento su metacognizione

> La **metacognizione** è l'insieme delle conoscenze che ogni individuo possiede sul proprio funzionamento cognitivo e sulle diverse forme di controllo che è in grado di attuare prima, durante e dopo l'esecuzione di un compito.
> (Brown, 1978; Flavell, 1979; Borkowski et al. 1992)

- Approccio metacognitivo è importante in ADHD perché permette di focalizzarsi sull'attività in corso e i processi di controllo
- Muoversi verso la consapevolezza verso se stessi e i propri stati interni
- Attitudine metacognitiva come tendenza a riflettere sulla propria attività cognitiva in riferimento alla attività quotidiane.
- Attenzione agli stati interni emozionali e motivazionali

34

| | |
|---|---|
| **FASI DEL PROCESSO DI PIANIFICAZIONE** PER INSEGNARE AL SOGGETTO ADHD a raggiungere i propri obiettivi | Comprendere che si ha di fronte un problema. |
| | Definire chiaramente il proprio obiettivo. |
| | Pensare a diverse soluzioni possibili. |
| | Pensare alle conseguenze che potrebbero derivare. |
| | Scegliere il percorso con maggiori probabilità di successo. |

Favorire la riflessione metacognitiva sull'attenzione e sul disturbo può rivelarsi utile non sono all'alunno con ADHD ma anche a tutta la classe.

35